

訂正する場合は、修正液・修正テープ等は使
用せず、二重線=を引いてください。

捨印

東村山市里帰り出産等定期予防接種費補助金交付申請書

年 月 日

(申請先) 東村山市長

日付は記入しないでください。

東村山市里帰り出産等定期予防接種の補助に関する規則第7条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて、下記のとおり、東村山市里帰り出産等定期予防接種費補助金の交付を申請します。この申請内容について、住民基本台帳に関する情報並びに医療機関等に調査することに同意します。

保護者氏名 ㊟

申請者 (保護者)	ふりがな		生年月日
	氏名	保護者氏名 ㊟	年 月 日
	ふりがな	〒 —	
	住所	東村山市の住所	
	電話番号		
被接種者	ふりがな		生年月日
	氏名	接種を受けたお子さんの氏名	年 月 日

裏面に記入した回数・負担額を合計し、ご記入ください。

	回数	補助申請額	補助額(審査欄)	上限額 (~R2.3.31)	上限額 (R2.4.1~)
Hib(ヒブ)感染症	2回分	15,000円	円	9,031円/回	9,097円/回
小児の肺炎球菌感染症	2回分	20,000円	円	12,397円/回	12,463円/回
B型肝炎	2回分	10,000円	円	7,106円/回	7,172円/回
急性灰白髄炎(ポリオ)	1回分	9,000円	円	10,472円/回	10,538円/回
四種混合	回分	円	円	11,737円/回	11,803円/回
BCG	回分	円	円	7,040円/回	7,040円/回
麻しん風しん混合 第1期・第2期	回分	円	円	11,187円/回	11,253円/回
麻しん単独 第1期・第2期	回分	円	円	7,557円/回	7,623円/回
風しん単独 第1期・第2期	回分	円	円	7,568円/回	7,634円/回
水痘	回分	円	円	9,427円/回	9,493円/回
日本脳炎 6か月~7歳6か月未満	回分	円	円	8,052円/回	8,118円/回
日本脳炎 9歳~13歳未満	回分	円	円	7,227円/回	7,293円/回
日本脳炎 特例措置	回分	円	円	7,227円/回	7,293円/回
ジフテリア・破傷風混合 第2期	回分	円	円	5,082円/回	5,148円/回
ヒトパピローマウイルス感染症	回分	円	円	16,852円/回	16,918円/回

こちらの欄には記入しないでください。

※各区分の回数及び補助申請額の内訳は、裏面「申請書明細書」に記入してください。

※太枠内は当課で使用します。

補助額(合計)	こちらの欄には記入しないでください。
---------	--------------------

申請書明細書

※太枠内は、当課で使用します。

接種を行った予防接種の種類ごとに実施日・年齢・負担額をご記入ください。

区分	接種年月日	接種時年齢	補助申請額	補助査定額	上限額 (～R2. 3. 31)	上限額 (R2. 4. 1～)
H i b (ヒブ) 感染症	1回目	○年○月○日	歳○ か月	7,500 円	9,031円/回	9,097円/回
	2回目	○年○月○日	歳○ か月	7,500 円		
	3回目	年 月 日	歳 か月	円		
	4回目	年 月 日	歳 か月	円		
小児の肺炎球菌感染症	1回目	○年○月○日	歳○ か月	10,000 円	12,397 円/回	12,463 円/回
	2回目	○年○月○日	歳○ か月	10,000 円		
	3回目	年 月 日	歳 か月	円		
	4回目	年 月 日	歳 か月	円		
B型肝炎	1回目	○年○月○日	歳○ か月	5,000 円	7,106円/回	7,172円/回
	2回目	○年○月○日	歳○ か月	5,000 円		
	3回目	年 月 日	歳 か月	円		
急性灰白髄炎 (ポリオ)	1回目	年 月 日	歳 か月	円	10,472円/回	10,535円/回
	2回目	年 月 日	歳 か月	円		
	3回目	年 月 日	歳 か月	円		
	4回目	年 月 日	歳 か月	円		
四種混合	1回目	○年○月○日	歳○ か月	9,000 円	11,737円/回	11,803円/回
	2回目	年 月 日	歳 か月	円		
	3回目	年 月 日	歳 か月	円		
	4回目	年 月 日	歳 か月	円		
BCG	1回目	年 月 日	歳 か月	円	7,040円/回	7,040円/回
麻しん風しん 混合	第1期	年 月 日	歳 か月	円	11,187円/回	11,253円/回
	第2期	年 月 日	歳 か月	円		
麻しん単独	第1期	年 月 日	歳 か月	円	7,557円/回	7,623円/回
	第2期	年 月 日	歳 か月	円		
風しん単独	第1期	年 月 日	歳 か月	円	7,568円/回	7,634円/回
	第2期	年 月 日	歳 か月	円		
水痘	1回目	年 月 日	歳 か月	円	9,427円/回	9,493円/回
	2回目	年 月 日	歳 か月	円		
日本脳炎 第1期 6か月～7歳6か月未満	1回目	年 月 日	歳 か月	円	8,052円/回	8,118円/回
	2回目	年 月 日	歳 か月	円		
	3回目	年 月 日	歳 か月	円		
日本脳炎 第2期 9歳～13歳未満 及び特例措置	1回目	年 月 日	歳 か月	円	7,227円/回	7,293円/回
	2回目	年 月 日	歳 か月	円		
	3回目	年 月 日	歳 か月	円		
	4回目	年 月 日	歳 か月	円		
ジフテリア・破傷風混合	第2期	年 月 日	歳 か月	円	5,082円/回	5,148円/回
ヒトパピローマ ウイルス感染症	1回目	年 月 日	歳 か月	円	16,852円/回	16,918円/回
	2回目	年 月 日	歳 か月	円		
	3回目	年 月 日	歳 か月	円		

こちらの欄には記入しないでください。

備考：「補助申請額」の欄には、領収書等で確認できる負担額を記入してください。

実施医療機関名	○○医院
実施医療機関所在地	○○県…

接種を行った医療機関名・所在地をご記入ください。